

ROULEMENT DES MALADES
A
L'HOPITAL VILLEMIN MILITARISÉ
(Annexe des Hospices civils de Nancy)
POUR MALADIES CONTAGIEUSES
(De Août 1914 à Avril 1917)

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 14 Mai 1917.

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Raymond MARCHANT

Né à Boismont (Meurthe-et-Moselle), le 19 Juin 1884.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE	{	MM. HAUSHALTER	professeur...	Président.
		HOCHÉ	professeur ..	Juges.
		FAIRISE	agrégé.	
		PARIS	agrégé.....	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
A CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR
21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS

1917

ROULEMENT DES MALADES
A
L'HOPITAL VILLEMIN MILITARISÉ
(Annexe des Hospices civils de Nancy)
POUR MALADIES CONTAGIEUSES
(De Août 1914 à Avril 1917)

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 14 Mai 1917.

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Raymond MARCHANT

Né à Boismont (Meurthe-et-Moselle), le 19 Juin 1884.



EXAMINATEURS DE LA THÈSE

{	MM. HAUSHALTER	professeur...	} <i>Président.</i>
	HOCHÉ	professeur...	
	FAIRISE	agrégé.....	} <i>Juges.</i>
	PARIS	agrégé.....	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
A. CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR
21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS

1917

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. MEYER, *, I U.

Assesseur : M. WEISS, *, I U.

Doyen honoraire : M. F. GROSS, O *, I U.

Professeurs honoraires : MM. BRAUNIS, *, I U., NICOLAS, I U., PRENANT, *, I U.
BERNHEIM, O *, I U., F. GROSS, O *, I U.

Professeurs.

Physique médicale.....	M. N....
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I U.
Clinique chirurgicale.....	M. WEISS, *, I U.
Chimie médicale et toxicologie....	M. GARNIER, I U.
Clinique obstétricale et Accouche- ments.....	M. A. HERRGOTT, *, I U.
Hygiène.....	M. MACÉ, I U.
Physiologie.....	M. MEYER, *, I U.
Clinique médicale.....	M. SIMON, I U.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, I U.
Clinique ophtalmologique.....	M. ROHMER, I U.
Médecine légale.....	M. P. PARISOT, *, I U.
Clinique des maladies des enfants....	M. HAUSHALTER, I U.
Histologie.....	M. BOUIN, I U.
Anatomie descriptive.....	M. ANCEL, I U.
Anatomie pathologique.....	M. HOCHÉ, I U.
Clinique médicale.....	M. ÉTIENNE, I U.
Clinique chirurgicale.....	M. VAUTRIN, I U.
Pathologie interne et Pathologie géné- rale.....	M. N.

Chargés de Cours complémentaires.

Clinique de chirurgie infantile et d'or- thopédie.....	M. FROELICH, *, I U., agrégé libre.
Clinique des voies urinaires.....	M. ANDRÉ, *, I U., agrégé libre.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	M. JACQUES, I U., agrégé libre.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. L. SPILLMANN, I U., agrégé libre.
Médecine opératoire.....	M. MICHEL, I U., agrégé libre.
Clinique Chirurgicale élémentaire (I).. Clinique des maladies mentales.....	M. MICHEL, I U., agrégé libre.
Clinique des maladies des vieillards...	M. PARIS, I U.
Accouchements.....	M. RICHON, I U., agrégé.
Clinique des Maladies tuberculeuses (1)	M. FRUHNSHOLZ, I U., agrégé.
Clinique des Maladies tuberculeuses (1)	M. PERRIN, A U., agrégé.
Thérapeutique et Matière médicale....	M. J. PARISOT, A U., agrégé.
Clinique Médicale élémentaire (1).....	M. N....
Pathologie externe.....	M. N....
Clinique d'électrothérapie.....	M. MICHEL, I U., agrégé libre.
	M. N....

Agrégés en exercice

MM. LAMBERT, I U.	MM. SENCERT, *, I U.	MM. PERRIN, A U.
RICHON, I U.	ROBERT, I U.	THIRY, I U.
G. GROSS, *, I U.	BUSQUET, A U.	FAIRISE, A U.
FRUHNSHOLZ, I U.	LUCIEN, *, A U.	J. PARISOT, *, A U.
COLLIN, A U.	BINET, A U.	

Agrégés libres

MM. REMY, A U., FÉVRIER, O *, I U., FROELICH, *, I U.,
JACQUES, I U., ANDRÉ, *, I U., MICHEL, I U., L. SPILLMANN, I U.

M. H. COIFFARD, I U., Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

En souvenir de sa grande affection.

A MON PÈRE

Faible témoignage de reconnaissance.

AUX MIENS ET A MES AMIS

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR HAUSHALTER

MÉDECIN-CHEF DE L'HÔPITAL VILLEMIN MILITARISÉ

En témoignage de ma profonde reconnaissance.

A TOUS MES MAÎTRES

AVANT-PROPOS

Le modeste travail que nous présentons comme thèse aura surtout le mérite de l'exactitude. Appelé par le service militaire et pressé par le temps, il ne nous a pas été possible de l'approfondir comme nous l'aurions désiré, mais, tel qu'il est, nous espérons qu'il intéressera ceux qui s'occupent des maladies contagieuses, et, d'une façon générale, tous ceux qui prennent soin de la santé de nos chers soldats.

Ayant fait fonction d'interne à l'Hôpital Villemin depuis le début de la guerre, c'est-à-dire pendant presque trois ans, ce long stage explique le choix de notre sujet.

L'Hôpital Villemin militarisé, annexe de l'Hôpital Civil de Nancy, était destiné à recevoir des tuberculeux. A peine achevé quand la guerre éclata, il fut rapidement aménagé pour abriter des contagieux, et les premiers malades y entrèrent à la fin du mois

d'août. Construit selon les données scientifiques les plus récentes, cet hôpital, par ses plans, son architecture, son aménagement intérieur, est certainement un des plus beaux de France.

Le médecin chef, M. le Professeur Haushalter sut organiser et diriger cette importante formation sanitaire, qui a reçu jusqu'ici plus de 3.000 malades, avec une maîtrise et un dévouement sans égal. C'est pour nous un honneur d'avoir pu, pendant trente-trois mois, faire fonction d'interne auprès d'un tel maître, clinicien éminent auquel nous devons le meilleur de nos connaissances médicales. Nous le quitterons avec un profond regret. Qu'il veuille bien recevoir ici l'expression de notre inaltérable reconnaissance.

Nous le remercions, d'autre part, très vivement, d'avoir bien voulu mettre à notre disposition les éléments de ce travail, de nous l'avoir grandement facilité, et d'accepter de présider notre jury de thèse.

Aux Professeurs de la Faculté de Nancy, nous offrons le témoignage de notre reconnaissance : à M. le Professeur Bernheim, maître regretté, à M. le Professeur Gross, doyen honoraire de la Faculté de Médecine de Nancy, qui nous montra, si souvent, tant de bienveillance. Nous remercions particulièrement M. le Professeur Hoche pour l'indulgente bonté dont il fit preuve envers nous, au cours de nos études. Nous n'oublierons pas M. le Professeur agrégé Rohmer, qui s'est acquis plusieurs titres à notre gratitude.

A M. le Docteur Paris, médecin chef à l'Asile de Maréville, chargé de cours à la Faculté, dont nous avons été l'interne, et qui a bien voulu faire partie de

notre jury, nous présentons, heureux de l'occasion qui nous est offerte, notre respectueuse reconnaissance.

Nous remercions M. le Professeur agrégé Fairise des nombreuses marques d'amitié qu'il nous a données.

Aux personnes amies et aux camarades, dont l'aide nous a permis de mener à bien ce travail, nous présentons notre très vive reconnaissance.

C'est avec émotion et regret que nous quitterons l'Hôpital Villemin. Nous garderons un souvenir ineffaçable de ces trois années passées à soigner nos admirables soldats.

PREMIERE PARTIE

Tétanos (1).

Il a été admis, à Villemin, 43 cas de tétanos vrai, dont 38, tous des blessés, pendant les mois d'août et de septembre 1914, c'est-à-dire tout au début de la guerre ; 2 cas en 1915, dont un blessé et un accidenté ; 3 cas en 1916, occasionnés, deux par blessure et un par accident.

Les 38 cas du début de la guerre se sont déclarés, tous, chez des hommes blessés dans les batailles autour de Nancy : onze ont été blessés le même jour, 25 août ; six, le 11 septembre. Dans ces batailles acharnées, les blessés restaient, parfois longtemps,

(1) Pour cet article, nous nous sommes inspirés, très largement, de la savante communication faite sur ce sujet, par M. le professeur Haus-halter, à la Société de Médecine de Nancy (Séance du 26 mai 1915).

sur le champ de bataille. Les autres cas furent reçus séparément au cours de 1915 et 1916.

Les deux seuls cas dûs à d'autres causes qu'à une blessure furent consécutifs, l'un à une fracture du sinus frontal par suite d'une chute dans une cour de ferme, l'autre à une petite plaie de la main, au sein de laquelle nous avons trouvé, au cours de l'évolution de la maladie, une écharde de bois de 2 centimètres de longueur.

Parmi les cas avec blessure, nous n'en avons noté aucune par l'arme blanche, constatation, du reste, qui a déjà été faite, au cours des guerres précédentes. C'étaient, en général, des blessures des extrémités et des membres. Dans 29 cas, sur 38, nous avons remarqué que les plaies siégeaient dans le segment inférieur du corps. Les plaies étaient généralement déchiquetées, à large étendue (dans un cas, brûlure étendue par explosion de mélinite), souillées de terre et de débris de vêtements, et suppurant abondamment, 3 cas se présentaient sans suppuration.

Dans un premier groupe, nous verrons les tétanos suivis de décès, le total en est de 23, parmi lesquels, dans 5 cas, le décès peut être attribué autant à l'infection qu'au tétanos ; dans ces 5 cas, la septicémie, les accidents septiques, furent particulièrement en cause. Il reste donc 18 cas de mort, du fait uniquement du tétanos.

Dans un deuxième groupe, nous ferons figurer les cas de tétanos avec guérison.

PREMIER GROUPE

Tétanos suivis de décès

18 cas de décès dûs au seul tétanos.

Ces 18 tétanos ont évolué selon les formes suivantes :

11 à évolution suraiguë ;

7 à évolution de sept à quatorze jours.

1° Parmi les 11 cas à évolution suraiguë, dans 5 la mort est survenue le deuxième jour après l'apparition des premiers symptômes. Un autre est mort quelques heures après son entrée à Villemin. L'incubation fut, en général, courte ; dans 1 cas, elle fut de cinq jours, en moyenne elle fut de huit jours. Nous n'avons pas remarqué qu'il y ait de rapport entre la gravité de la blessure et celle du tétanos.

2° Dans les 7 cas, à évolution de sept à quatorze jours, l'incubation fut plus longue, en moyenne de dix jours. Ici, nous avons observé le type habituel du tétanos mortel ; 2 cas avec syncope, 2 cas dûs à des accidents respiratoires, 3 cas dûs à des accidents cardio-pulmonaires.

DEUXIEME GROUPE

Tétanos suivis de guérison.

20 cas de tétanos ont été suivis de guérison, ils ont évolué suivant les formes suivantes :

1° Onze formes sévères, où nous avons noté la présence des symptômes classiques, accentués, avec crises respiratoires dans 7 cas. Un malade, avec plaie à la racine du nez, présenta la forme presque exclusivement céphalique. La durée de ces cas à formes sévères, fut d'environ un mois dans la moitié de ces cas, dans 2 cas, il dura deux mois. La convalescence, chez ces malades, fut, le plus souvent, longue.

2° Neuf formes d'intensité plus légères, au cours desquelles nous n'avons jamais eu d'accidents respiratoires ou cardiaques. La durée fut de quinze jours dans 2 cas, de six semaines dans deux autres et de deux mois chez un malade.

Dans l'ensemble de ces 20 cas, suivis de guérison, l'incubation moyenne fut de onze jours, alors que dans les cas mortels, à type ordinaire, elle était de dix jours.

La mortalité globale fut de 23 décès, sur 43 cas, soit une proportion de 53,4 0/0. Si nous faisons abstraction des 5 cas où la mort fut due autant à l'infection

qu'au tétanos, la proportion des décès devient de 47,3 0/0.

La mortalité ne fut donc pas très élevée à l'Hôpital Villemin. Ce succès relatif, nous semble, à juste titre, dû au traitement institué par le médecin chef, M. le Professeur Haushalter. Il a employé la sérothérapie, à hautes doses, de 40 centimètres cubes par jour, par la voie sous-cutanée, dose répétée plusieurs jours de suite ; sauf dans 1 cas, où il a usé, en même temps, de la voie intra-veineuse. Un malade, atteint de tétanos grave, reçut 350 centimètres cubes de sérum anti-tétanique en sept injections sous-cutanées, et 250 centimètres cubes de la solution phéniquée.

A la sérothérapie à hautes doses, il associe, systématiquement, les injections sous-cutanées d'acide phénique, en solution à 1 pour 200, à la dose quotidienne de 20 centimètres cubes. Il usa également de lavements de chloral et parfois des injections de morphine.

Les accidents sériques ont présenté plutôt moins de fréquence et de gravité que ceux dûs au sérum antidiphthérique, dans les angines traitées à Villemin.

Sur ces quarante-trois tétanos, quarante-et-un n'avaient pas reçu d'injection préventive ; 1 cas est douteux ; mais pour un malade, il semble bien qu'il en ait reçu. Ce malade, blessé grièvement le 17 mars, subit dans la suite, deux interventions chirurgicales ; son billet d'hôpital mentionne trois injections préventives. Le tétanos présente les premiers signes un mois et demi après la blessure.

Quoiqu'il en soit, l'efficacité du sérum préventif ne

reste pas douteux. Sur nos quarante-trois tétanos, trente-huit ont apparu tout au début de la guerre en deux mois, alors qu'on ne faisait pas d'injection préventive. Les 5 autres cas se sont échelonnés sur une période de trente mois. Sept envoyés à Villemain, en observation de tétanos, un malade qui portait une plaie du menton, présentait du trismus d'origine musculaire simplement.

Un autre malade, un marocain, envoyé pour le même motif, atteint d'une blessure accidentelle à la jambe, a présenté, à ce membre, des mouvements convulsifs de nature hystériforme.

DEUXIEME PARTIE

Fièvres éruptives.

Villemin a hospitalisé 134 cas de fièvres éruptives, scarlatine, rougeole, rubéole et varicelle. Un malade envoyé en observation pour varioloïde a présenté, en réalité de l'impétigo.

Mentionnons ici, en passant, quoique ne rentrant pas dans le cadre des fièvres éruptives, deux roséoles saisonnières, très bénignes (août 1916).

I.

Scarlatine.

Nous avons observé 47 cas de scarlatine dont 24 pour la seule année 1916. Sur ces 47 cas, 25 étaient

adressés par divers hôpitaux de Nancy. Les autres cas nous sont parvenus de localités diverses par cas séparés. Un cas s'est déclaré à Villemin même, dont le contagé est intéressant à noter ; ce malade traité pour embarras gastrique depuis près d'un mois, ne s'était pas encore levé ; les malades atteints de scarlatine étaient soignés dans un autre pavillon ; sa chambre n'en avait jamais abrité ; huit jours avant qu'apparurent les premiers symptômes, il avait reçu une lettre d'un ami hospitalisé à cette époque pour scarlatine. On a déjà cité le contagé par lettre ; l'exemple classique est celui de la lettre envoyée d'Allemagne en Bretagne ; dans le même ordre d'idées Fox (de Winsford) a cité des faits de transmission par les livres d'un cabinet de lecture.

Quatre de nos malades, nettement atteints, ont prétendu avoir eu déjà la scarlatine ; le fait est difficile à vérifier.

Nous avons rencontré la scarlatine surtout chez des sujets jeunes, cependant quatorze dépassaient la trentaine et deux atteignaient 40 ans.

La plupart ont présenté des scarlatines typiques, régulières ; dans 4 cas la maladie se présenta légère, apyrétique, bien qu'ayant des symptômes nets ; chez cinq malades, la température dépassa 40° au début.

Nous n'avons observé aucune forme maligne.

L'éruption et la desquamation ont été parfois plus ou moins intenses, mais sans présenter, en général, de particularités.

Nous avons observé une forme à rechute, bénigne,

la première atteinte, nette, avec desquamation, fut suivie le quatorzième jour d'une deuxième qui reproduisit le premier tableau avec un nouvel exanthème.

Les complications ont été bénignes : 2 cas de furonculose, 2 cas d'angine érythémateuse, à la convalescence, une otite moyenne ont été observées ; un seul malade présenta, tardivement, un adéno-phlegmon sous-maxillaire, qui évolua sans grands symptômes généraux. Quatre ont présenté du rhumatisme scarlatin, sans gravité et sans retentissement cardiaque, au point de vue nerveux ; nous avons noté chez un malade à tendance neurasthénique une augmentation de tristesse et de dépression.

L'albumine recherchée régulièrement et méthodiquement n'a été observée que chez un seul malade au début de la maladie et de façon passagère ; nous attribuons la rareté de la complication sur les reins à ce fait que les malades étaient maintenus au lit et au régime lacté pendant plusieurs semaines, dans des salles, dont le chauffage central donnait en hiver une température égale.

En somme, ces 47 cas de scarlatine n'ont pas présenté de gravité ; comparativement à la rougeole, la maladie nous a semblé moins sévère que cette dernière.

Le traitement a consisté, le plus souvent, en de simples soins hygiéniques, avec régime lacté et alitement. L'alimentation n'a été reprise que progressivement.

II.

Rougeole.

Villemin a reçu 64 cas de rougeole.

Cette affection qui passe pour rare dans la saison froide, nous fournit, pour les trois hivers dont nous nous occupons, 33 cas ; tandis que pour le printemps et l'été, saison où la rougeole passe pour plus fréquente, nous comptons seulement 29 cas, avec un nombre sensiblement égal pour les deux saisons, tous avec guérison. L'automne, sur ces trois années, ne nous fournit que deux cas.

Dans les cas soignés à Villemin, la rougeole s'est montrée particulièrement fréquente et meurtrière pendant le mois de février ; 27 cas pour les trois mois de février, avec les deux décès qui se sont produits à Villemin.

L'ensemble de ces 64 cas s'est échelonné sur les trois années avec une poussée épidémique en février et mars 1917, où il a été reçu 23 rougeoles (16 en février, 7 en mars), sur lesquelles nous relevons 15 cas pour le ...^e d'Infanterie, cantonné à B.

Le relevé de l'âge chez ces malades nous confirme que c'est une maladie des jeunes. Nous en trouvons

dix-neuf âgés de 19 ans, sept de 20 ans, huit dépassaient la trentaine, et l'un avait 42 ans, qui fit une rougeole sans complication avec éruption bien nette.

Deux récidives se seraient produites sur ces 64 cas.

L'éruption est apparue généralement normale, dans quelques cas elle fut discrète et légère, deux fois papuleuse, une fois légèrement pourprée, et, dans un cas, mal venue, chez un malade qui fit ensuite une broncho-pneumonie mortelle.

Ces malades sont arrivés à l'Hôpital, la plupart du temps, quand l'éruption cutanée était bien développée, et ne présentaient plus le signe de Kœplick, précoce comme l'on sait.

Il fut observé, dans quelques cas, une légère desquamation, surtout à la face.

Dans le relevé des symptômes et complications, nous notons durant l'évolution, sept laryngites, dont trois avec aphonie passagère, et un avec une aphonie qui persista durant la convalescence, un cas avec épistaxie répétée. Un malade présenta une parotidite passagère, sans gravité. Durant la convalescence, nous avons relevé une périostite maxillaire, neuf otites suppurées, dont une otite double, une de ces otites simples a été compliquée de mastoïdite qui fut opérée ; une congestion pulmonaire, et, cinq fois, la redoutable complication de la broncho-pneumonie, mortelle chez trois de nos malades.

Ces soixante-quatre rougeoles ont évoluées avec les formes suivantes : cinquante-huit formes normales, habituelles, ; une forme atténuée ; une forme dyspnéique avec catarrhe bronchique ; cinq formes sévères

suivies de broncho-pneumonie avec trois décès, et une forme avec état typhoïde. Ce dernier malade présentait une éruption accentuée et un état de prostration qui avait fait songer, chez le médecin qui l'adressa, au typhus exanthématique.

Les broncho-pneumonies se sont déclarées en général, aux huitième et neuvième jours de la maladie, dans un cas à issue favorable, elle se produisit le quinzième jour chez ce dernier malade, on observe, à la suite, au cours d'une otite double, une température subfébrile pendant trois semaines avec tachicardie ; la durée des broncho-pneumonies avec guérison fut en moyenne de huit jours.

Sur ces 44 cas de rougeole, il y eut à déplorer trois décès, suite de broncho-pneumonie avec collapsus cardiaque, nous donnant une mortalité de 4,06 0/0. Ils se sont produits, tous, en février 1915. L'un de ces malades avait parcouru un long trajet, enveloppé dans une couverture humide ; chez un autre, la rougeole fut secondaire à une fièvre typhoïde, où elle se déclara au quarante sixième jour, ce fut une forme septique.

La convalescence fut assez souvent assez longue. Les jeunes gens restaient pâles, affaiblis, les forces ne revenaient que lentement. Certains durent prolonger leur séjour à l'hôpital, au-delà du vingtième jour habituel. Ce qui nous permet de dire que la rougeole à Villemin avec ses complications et son pourcentage de décès, a paru présenter une gravité, au moins immédiate, plus grande que la scarlatine.

III.

Rubéole.

Villemin a reçu 17 cas de rubéole. Ces cas n'ont pas présenté de caractères épidémiques, mais ils ont coïncidé avec la poussée épidémique de la rougeole.

Ils se sont produits chez des sujets jeunes, âgés de 19 et 20 ans. L'adénopathie fut assez constante, surtout rétro-auriculaire et cervicale, les symptômes généraux peu marqués, de la fièvre très légère. Nous n'avons noté aucune complication.

IV.

Varicelle.

Nous avons relevé seulement 6 cas de varicelle. Les symptômes ont été excessivement légers ; deux malades n'ont pas présenté de fièvre. La seule complication que nous avons observée dans un cas, fut le troisième jour de l'éruption, une hématurie par congestion rénale, qui dura trois jours et ne fut pas suivie d'albuminurie.

En observation d'éruption suspecte, Villemin a reçu, en plus, quinze affections diverses que nous mentionnons simplement : une gale infectée (pour varicelle), deux roséoles syphilitiques, un eczéma, une angine simple, deux urticaires, une dermatographie, cinq érythèmes toxiques, un érythème polymorphe, une ichtyose lamelleuse congénitale.

TROISIEME PARTIE

Méningites cérébro-spinales épidémiques

Ce genre de maladie n'a été adressé à Villemin, qu'à partir de février 1916.

I.

Méningites cérébro-spinales à méningocoques.

Nous avons observé, à l'Hôpital Villemin, 41 cas de méningite cérébro-spinale.

Premier cas en novembre 1914, envoyé pour courbature fébrile qui a guéri rapidement, avec deux injections de sérum : cas cliniquement net, avec liquide louche, polynucléose à l'examen direct, mais culture négative.

14 cas pendant la période hiver-printemps 1916.

5 cas pendant l'été et l'automne de cette même année.

21 cas pendant la période hiver-printemps 1916-1917.

Nous n'avons pas relevé d'épidémie, mais seulement des cas sporadiques. Nous avons noté seulement 3 cas, dont deux travailleurs marocains, venant d'un centre ouvrier important et 3 autres cas envoyés de H.

Dans cette affection regardée comme étant essentiellement une maladie de l'enfance et de l'adolescence, l'âge nous a paru assez élevé. Vingt-quatre malades étaient âgés de moins de 30 ans, dix-sept âgés de 30 ans et au-dessus, trois dépassaient la quarantaine, l'un même, qui succomba, atteignait 47 ans.

Le liquide céphalo-rachidien était ordinairement louche ; cependant, dans 5 cas, dont 2 avec guérisons et 3 avec décès, nous avons eu un liquide clair à la première ponction.

Les débuts de la maladie remontaient, pour quatre de ces cas, à 24 heures, dans un cas à cinq jours.

La conclusion à tirer de ce fait est, qu'en face d'un liquide clair avec, d'autre part, des symptômes nets de méningite cérébro-spinale, on ne doit pas hésiter à injecter du sérum, sans attendre la réponse du laboratoire.

Dans deux cas favorables, nous avons trouvé un liquide hémorragique, tandis que nous l'avons rencontré dans 6 cas à issue fatale. Un de ces cas, à liquide hémorragique, se rencontra chez un syphilitique à réaction Wassermann positive. Il apparaî

bien que ce soit un indice de gravité ; de même que le liquide purulent que nous avons trouvé dans la moitié des cas avec décès, et une seule fois chez un malade qui a guéri.

Les injections intra-veineuses de sérum, pratiquées concurremment avec les injections intra-rachidiennes chez quatre malades présentant de la septicémie méningococcique, n'ont pas paru avoir d'influence nette sur l'évolution de la maladie.

Comme dose maxima intra-rachidienne, plusieurs fois, il fut injecté 50 centimètres cubes de sérum ; une fois, 70 centimètres cubes dans une forme très grave prolongée qui se termina par la guérison. Les injections habituelles furent de 30 et 40 centimètres cubes par dose.

Les accidents sériques apparurent dans la moitié des cas avec guérison, affectant le plus souvent la forme ortiée, avec douleurs rhumatoïdes dans trois cas. Ils n'ont pas été en rapport avec la quantité de sérum injecté.

Des malades ayant reçu 360 et 410 centimètres cubes de sérum, n'en ont pas présenté, alors que d'autres en ont présenté après, seulement, 70 centimètres cubes, sans qu'on put incriminer l'anaphylaxie.

La fièvre ne fut pas toujours en rapport avec la maladie. Dans 3 cas à évolution très rapidement mortels, la température n'a pas dépassé 37°5 ; dans un autre cas également mortel, nous avons même observé de l'hypothermie.

Comme symptômes, outre les signes habituels, céphalée violente, raideur de la nuque, signe de

Kernig, etc., nous avons noté plus particulièrement : de l'herpès chez un certain nombre de malades, dont un cas avec de gros placards ; de l'agitation vive dans 8 cas, affectant, chez un malade, la forme de crise violente avec exophtalmie et cyanose de la face, et chez un autre, ayant nécessité l'installation d'une barricade. Un malade présenta de l'agitation maniaque à la période d'invasion et durant toute l'évolution de la maladie. Nous avons observé assez fréquemment du strabisme, quelquefois de la diplopie, très persistante en un cas, de la déviation conjuguée des yeux, de la paralysie faciale ; chez un malade, un catarrhe purulent du naso-pharynx. L'état comateux ne fut observé que chez un seul malade ayant guéri. Cinq malades ayant succombé, étaient dans le coma dès leur entrée à l'hôpital.

Parmi les complications, nous avons rencontré deux fois une orchio-épididymite nette, cas avec guérison, une kératite suppurée, en même temps que du purpura, chez un malade qui a succombé, et une broncho-pneumonie mortelle.

Le traitement suivi fut celui des injections intrarachidiennes, des bains chauds répétés, qui apportent un peu de soulagement à ces pauvres malades ; nous avons employé quelquefois l'électrargol en injections intra-musculaires et intra-veineuses.

Parmi ces 41 cas de méningite cérébro-spinale, nous avons eu vingt-et-une guérisons, se répartissant ainsi : huit formes légères à évolution favorable rapide, guérissant avec deux ou trois injections ; six formes moyennes, où quatre injections de sérum suffi-

rent ; une forme grave, délirante, avec persistance de l'état délirant, un certain temps après la disparition des symptômes méningés. Deux formes très graves prolongées ayant nécessité 360 et 410 centimètres cubes de sérum ; une forme à rechute ; trois rechutes, 370 centimètres cubes de sérum ; une forme prolongée, trente-et-un jours de fièvre, 170 centimètres cubes de sérum.

Sur ces vingt-et-un malades, deux ont présenté des séquelles apparentes, l'un a gardé de la surdité avec parésie des membres inférieurs ; chez l'autre, nous avons observé des symptômes de sclérose en plaques.

Les vingt décès se répartissent ainsi : un décès où le malade, guéri d'une méningite très grave, a été emporté par une broncho-pneumonie ; une forme ondulante, récidivante, avec trente-deux jours de fièvre, 470 centimètres cubes de sérum ; une forme cachectisante, où le malade, un sujet marocain, est mort le quatre-vingtième jour de la maladie, après avoir fait quarante-neuf jours de fièvre, suivis de poussées fébriles. Il était devenu d'une maigreur extrême, squelettique ; quatre formes toxiques ; dix formes à évolution rapide, où parfois le liquide céphalo-rachidien, clair à la première ponction, était à peine louche, lors de la troisième et dernière ; trois formes foudroyantes où les malades étaient emportés en deux ou trois jours avec état comateux, presque immédiat.

L'âge moyen de ces malades décédés fut de 31 ans $1/2$; moins élevé chez les malades guéris, il était de 28 ans $1/2$.

La mortalité se classe ainsi :

Période hiver-printemps 1916 : 14 cas, 4 décès. Mortalité, 28,5 0/0.

Période été-automne 1916 : 5 cas, 1 décès. Mortalité, 20 0/0.

Période hiver-printemps 1916-1917 : 21 cas, 15 décès. Mortalité, 71,90 0/0.

Par cette dernière période, la mortalité est donc élevée, se rapprochant de celle observée avant l'introduction de la sérothérapie dans le traitement de cette terrible maladie. Nous n'avons pas remarqué, dans cette période, de formes, ni de complications spéciales, sauf les trois formes foudroyantes. Les malades ont été généralement envoyés à Villemin d'une façon assez précoce. Les locaux étaient les mêmes, le personnel plus expérimenté. Les formes, certes, étaient pour la plupart graves dès l'entrée, mais l'année précédente, nous avons eu des formes aussi graves qui avaient eu une issue favorable. Nous ne nous sommes pas expliqué cette recrudescence de gravité.

Devons-nous penser à une violence particulière des méningocoques ?

Devons-nous admettre une activité moindre du sérum n'arrivant plus à combattre la maladie ?

Il serait intéressant de connaître la mortalité en face de la morbidité de la méningite cérébro-spinale durant la même période dans d'autres régions, chez des malades traités avec le même sérum.

Le sérum employé à Villemin est le sérum polyvalent à méningocoques et paraméningocoques de l'Institut Pasteur.

II.

Méningites cérébro-spinales non à méningocoques.

Un cas de méningite cérébro-spinale à pneumocoques avec décès en décembre 1916, chez un ancien trépané plusieurs fois pour blessures graves du crâne, ayant fait, l'année précédente, une méningite grave à paraméningocoques. Cette fois la culture donna des pneumocoques. Il fit une forme rapidement mortelle, n'ayant pas présenté de symptômes sensiblement différents de ceux de la méningite suraiguë à méningocoques. La fièvre fut élevée. L'électrargol intra-musculaire et intra-veineux fut employé en vain.

Un cas de méningite cérébro-spinale à streptocoques primitive avec décès reçu en juillet 1916. Les symptômes également ne diffèrent pas également de la méningite à méningocoques grave : fièvre élevée, coma précoce, ptosis, inégalité pupillaire, évolution rapide en 48 heures. Plusieurs cultures donnèrent le streptocoque.

III.

Etats méningés.

Enfin, huit malades envoyés en observation de méningite cérébro-spinale ont présenté seulement des

symptômes méningés, en général peu accentués, une légère raideur de la nuque, signe de Kernig plus ou moins marqué, de la céphalée vive et où le liquide céphalo-rachidien resta toujours clair avec examen direct et culture négatifs, mais ayant une notable hypertension. La durée de ces cas fut en moyenne de trois jours, évoluant vers la guérison sans sérum. Nous devons noter que, chez un malade, il se produisit une séquelle douloureuse de la région lombaire, l'obligeant à marcher avec une canne pendant plusieurs semaines.

IV.

Nous avons observé, également envoyé pour le même motif, un cas de *méningite suraiguë* avec décès, de nature indéterminée. Etat comateux dès l'entrée, strabisme, évolution rapide en deux jours. Le liquide resta toujours clair, l'examen direct et la culture furent négatifs.

Deux cas de méningite tuberculeuse avec décès.

Mentionnons, en terminant, plusieurs affections parvenues à Villemin, en observation de méningite : deux rhumatismes articulaires, une courbature fébrile douloureuse, une pleurésie purulente avec vomiques, suivie de thrombose des sinus et décès.

QUATRIEME PARTIE

Erysipèles.

Nous verrons, dans un premier paragraphe, les *érysipèles vrais*, et dans un deuxième, les *érythèmes d'origine douteuse* et les *affections diverses envoyées sous le diagnostic d'érysipèle*.

Erysipèles vrais.

Villemin a reçu, au total, 126 cas d'érysipèles vrais, sur lesquels 91 érysipèles de la face, dits spontanés.

Dans 35 cas, nous avons trouvé une porte d'entrée au streptocoque : quatre érysipèles post-opératoires dont deux après opération de mastoïdite, un de

dacryocystite et un de sinusite fronto-maxillaire. 15 cas avec portes d'entrée diverses, dont 14 à la face : suite de brûlure, eczéma, blépharite, et plusieurs fois d'otite, et une seule fois à la jambe, à la faveur d'une petite plaie, suite de blessure de guerre. Le siège de ces érysipèles fut onze fois à la face et cinq fois aux différents membres.

Les formes cliniques de ces 126 érysipèles se décomposent en : *soixante-treize formes légères*, ayant guéri rapidement avec pas ou peu d'extension et un minimum de symptômes généraux et de réaction fébrile ; *quarante-neuf formes moyennes* avec symptômes généraux plus marqués, extension aux différentes parties de la face, et dans lesquelles nous avons noté 17 cas d'extension au cuir chevelu, plusieurs cas d'extension à la nuque et d'extension au dos ; trois formes graves extensives ; une forme serpigineuse, ambulante, très grave, mais sans issue mortelle, d'érysipèle de la face, au cours de laquelle celui-ci a gagné successivement le cuir chevelu, les épaules, la poitrine, les omoplates, malgré les barrages de traumaticine ; puis récidivant à la face et occasionnant une phlébite double ; la deuxième phlébite s'est produite au cent-vingt-troisième jour de la maladie.

Chez deux de ces malades, nous avons observé des rechutes.

Le délire est apparu, dans la plupart des cas, où l'érysipèle s'était étendu au cuir chevelu ; nous avons noté, plusieurs fois, la chute des cheveux. Nous avons noté, comme complications, une fois de l'eczéma, trois fois de l'angine, deux otites aiguës, une fois de l'ictère.

une autre fois de la congestion pulmonaire. Un malade a présenté du rhumatisme secondaire avec endocardite légère.

Les complications plus graves ont été, chez deux malades, une kératite érysipélateuse. La vision, pour l'un d'eux du moins, fut conservée. Pour l'autre, que nous n'avons pu suivre et qui fut évacué dans un service d'ophtalmologie, le pronostic était inquiétant.

En plus de la phlébite double que nous avons mentionné plus haut, nous avons eu un autre cas de phlébite à la suite d'érysipèle de la face à forme extensive restreinte ; au cours de cette phlébite, le malade fit une embolie pulmonaire qui faillit l'emporter. Dans les ouvrages qui traitent de l'érysipèle, on cite cette complication comme exceptionnelle.

Aucun décès ne fut la conséquence de l'érysipèle.

Nous n'avons eu à déplorer qu'une issue fatale chez un grand blessé envoyé pour érysipèle de la jambe, et qui mourut de septicémie.

Un mot au sujet du traitement. Entre autres, nous avons employé surtout la pommade à l'ichthyol, l'acide picrique et le nitrate d'argent en solution. De ces différentes applications, la solution d'acide picrique à 1/1000^e, en badigeonnages, matin et soir, nous a semblé la plus avantageuse. Nous avons également essayé, mais sans grands résultats, la traumaticine pour barrer la route à l'infection. Quant au sérum antistreptococcique, que nous avons employé dans les cas graves, son efficacité ne nous est pas apparue.

**Erythèmes d'origine douteuse envoyés comme
érysipèles.**

Ces cas présentaient tous le même aspect : apyrexie, absence de symptômes généraux, érythème sans bourrelet couverts de petites vésicules parfois très fines et très serrées, affectant quelquefois la forme d'un masque à contours souvent nets, même rectilignes avec fréquemment de l'œdème des paupières, ne présentant aucune extension, guérissant très vite, même sans traitement, ordinairement en 48 heures.

Nous avons reçu, en tout, 24 de ces cas, nous avons eu les premiers en mars 1916.

**Affections diverses envoyées en observation
d'érysipèles.**

Un cas d'ostéo-périostite du maxillaire, trois abcès dentaires, un cas d'herpès de l'oreille, un érythème banal de la face, quatre lymphangites de la lèvre ou de la face, quatre impétigos, un cas d'exophtalmie avec œdème de la conjonctivite, et un cas d'acné de la face.

CINQUIEME PARTIE

Oreillons.

Il est parvenu, au total, en observation d'oreillons à Villemin, trois cent neuf malades sur lesquels nous avons reconnu 208 cas d'oreillons nets.

Cela pour la période qui va d'août 1914 à mai 1916, époque à laquelle Villemin a cessé de recevoir ces malades.

Oreillons nets.

La plus grande partie de ces 208 cas d'oreillons nets a été envoyée à Villemin en 1915, soit 155 cas, dont 105 dans la période de mai, juin et juillet.

Le seul mois de mai en a fourni 59 cas, ce qui vérifie bien le caractère épidémique habituel de cette maladie. Dans la fin de l'année 1914, il a été reçu 13 cas et 40 dans les six premiers mois de 1916.

Au point de vue de l'origine, nous avons noté que sur les 105 cas reçus pendant la période de mai, juin et juillet 1915, 69 provenaient de la même région, comprenant trois localités voisines.

Une seule formation nous a fourni 34 cas, une autre formation 10, une autre 9, une autre 7.

L'âge de ces malades a été inférieur à 25 ans dans 86 cas ; 122 malades dépassaient cet âge.

Les récidives observées, soit dix, ont été dans la proportion de 4,8 0/0, légèrement inférieures à la proportion habituelle qui est de 4 0/0.

La bilatéralité de la tuméfaction des parotides nous est apparue nettement dans 109 cas, sur les 155 cas, moins nettement dans les 46 autres ; on sait d'ailleurs que l'aphorisme de Bouchut « les oreillons n'ont pas de singulier », peut être inexact. La tuméfaction sous-maxillaire dans 3 cas, soit proportion de 2 0/0 à peine.

Nous n'avons pas remarqué de tuméfaction de la glande sub-birgualé.

En général, comme il est habituel dans cette affection, les symptômes généraux ont été peu marqués, et l'évolution fébrile courte.

La température a dépassé 38° dans 127 cas ; dans 81, elle est demeurée entre 37° et 38°.

Nous avons pu observer chez douze malades, au début de l'affection, de l'angine, et chez un, de la stomatite.

L'orchite, qui pour beaucoup d'auteurs n'est pas envisagée comme une complication à cause de sa fréquence, s'est produite dans nos 155 cas ; trente-sept fois, nous donnons une proportion de 23,8 0/0, dépassant donc légèrement la proportion habituelle, qui est de 20 0/0.

Ces 37 cas d'orchite se décomposent en vingt-quatre orchites unilatérales, sans prédilection particulière : le testicule droit fut affecté treize fois, et le gauche onze fois, et treize orchites doubles.

La proportion d'orchites doubles a été de 8,3 0/0. Elle doit être envisagée dans le pronostic des oreillons, bien que nous n'ayons noté d'atrophie testiculaire que dans 2 cas, et encore celle-ci fut-elle partielle.

Nous avons noté une pancréatite ourlienne, Simonin (Soc. Méd. Hôp., 24 juillet 1903), en a établi d'une façon définitive l'existence.

Chez notre malade, qui présentait une tuméfaction parotidienne accentuée, cette pancréatite fut contemporaine du début, elle se manifesta par une douleur violente dans la région épigastrique, et nous pûmes observer pendant deux jours des selles nettement graisseuses. Cette pancréatite ne paraît pas avoir eu de suites.

Nous avons remarqué chez sept malades, un retentissement méningé assez marqué dans 3 cas notamment, avec céphalée, vomissements, prostration et ralentissement du pouls ; l'un même a présenté le signe de Kernig assez marqué.

Parmi les complications, nous avons relevé 10 cas de rhumatisme, une labyrinthite.

Comme séquelles, nous pouvons noter deux atrophies testiculaires partielles.

En plus de ces deux cent huit oreillons nets, il a été observé 40 cas d'oreillons douteux, sans fièvre ni symptômes généraux appréciables, ou la tuméfaction douloureuse que l'on ne peut se prononcer.

D'autre part, dans 40 cas qui étaient envoyés à Villemin en observation d'oreillons, il a été constaté 17 cas de parotides, normalement et moyennement grosses, et 12 cas où l'augmentation de volume symétrique des parotides était nettement visible, sans empâtement avoisinant, sans douleur à la palpation avec état général parfait, et ou on n'observa pendant l'hospitalisation aucune modification ; enfin, 11 cas de massiters où masillaires développés ; deux de ces derniers cas, périotite antérieure.

Enfin, en observation d'oreillons sont parvenus à l'hôpital, cinq abcès dentaires, quatre adénites simples, une adénite avec ulcération spécifique de la lèvre, deux amygdalites, deux furoncles péri-auriculaires, un cas d'arthrite temporo-maxillaire, un cas de périostite du maxillaire, une parotidite saturnine avec lésion gingivale.

Coqueluche.

Villemin a reçu 1 seul cas de coqueluche, chez un jeune homme de 20 ans. La durée fut de un mois.

SIXIEME PARTIE

Fièvre typhoïde.

Nous envisageons, ici, la fièvre typhoïde en général, la fièvre typhoïde clinique, sans faire de distinction entre la fièvre typhoïde à Eberth et les diverses fièvres paratyphoïdes. Il a été impossible, au début, au moment de la grosse poussée des fièvres typhoïdes, à Villemin, de pratiquer l'hémoculture ; pendant la redoutable épidémie de l'hiver 1914-1915, il a été reçu à Villemin jusque soixante typhiques dans une seule journée. Le séro-diagnostic a été fait, dans tous les cas, pour le bacille typhique et les paratyphiques, une ou plusieurs fois, mais la vaccination antityphoïdique

(1) Nous avons puisé, pour cet article, de nombreux renseignements dans la communication très documentée, que M. le professeur Haushalter a faite à la Société de Médecine de Nancy, dans sa séance du 7 avril 1915.

d'abord, antiparatyphoïdique ensuite, est venue enlever à ce procédé de diagnostic, une grande partie de sa valeur. L'hémoculture n'a pu être faite de façon régulière qu'à partir de 1916, mais alors les cas observés à Villemin ont été peu nombreux et insuffisants pour nous fournir les éléments d'une étude spéciale et difficile de la fièvre typhoïde et des paratyphoïdes.

Aussi bien, la clinique ne montre pas de différences bien sensibles entre l'infection éberthienne et l'infection paratyphique ; la généralité des cliniciens partage cette façon de voir et à Villemin, l'observation des cas où l'hémoculture a été pratiquée a paru confirmer l'analogie des deux infections.

Villemin a reçu, au cours de ces trente-deux mois, 661 typhiques. Mais la plus grosse partie de cet important contingent a été reçu au cours de l'hiver 1914-1915. Depuis la fin d'août 1914 au 1^{er} mars 1915, nous comptons 594 cas. Pour le reste de l'année 1915, l'année 1916 et les trois premiers mois de 1917, nous relevons 67 cas seulement, qui se décomposent ainsi : pour les dix derniers mois de 1915, 27 cas ; pour toute l'année 1916, 28 ; pour les trois premiers mois de 1917, 0 cas. La moyenne au cours de la première période fut de 85 cas par mois, dans la deuxième période, elle fut inférieure à trois. Dans cette deuxième période même la moyenne mensuelle donne exactement la proportion de 3,7 pour l'année 1915, 2,3 pour 1916 et 0 pour 1917. Cette décroissance incontestable est-elle due à la vaccination ? A l'époque de la grosse épidémie de l'hiver 1914-1915, la plupart des hommes n'étaient pas vaccinés ; à la suite, la vaccination

devint générale : sur 594 typhiques reçus jusqu'au 1^{er} mars 1915, nous comptons 544 non vaccinés, soit la proportion de 91,58 0/0 ; sur les 67 cas traités après cette date, nous relevons seulement 16 non vaccinés, soit la proportion de 23,58 0/0.

La mortalité globale a baissé dans la deuxième période, mais gardant le même pourcentage, 13,50 dans les 2 cas. Il semblerait donc que la vaccination diminue surtout la morbidité de la fièvre typhoïde.

Au point de vue de l'origine, nous relevons de nombreux foyers d'épidémie : 72 cas, tous venus de la forêt d'A..., 56 de J..., 28 de M..., 23 de C.... 113 cas se sont produits dans le même régiment, une seule compagnie en fournit 65, dont 32 en un jour.

D'une façon générale, la fièvre typhoïde à Villemain a présenté sa symptomatologie habituelle. Le cadre étroit de ce travail, ne nous permet pas de faire le relevé de tous les symptômes de cette maladie qui en présente en si grand nombre et en si grande variété. Sur les 661 cas de typhiques, nous avons relevé les principales complications, en les classant d'après leur localisation anatomique.

Appareil digestif. — Nous avons rencontré 24 cas d'hémorragies intestinales : 12 se produisirent dans des cas suivis de guérison, les hémorragies furent parfois multiples, nous en avons noté huit chez le même malade, et douze se produisirent dans des cas mortels, dans 4 de ces cas, elle fut la cause de la mort.

Nous avons noté également un cas de vomissements incoercibles, sans symptômes péritonéaux, avec guérison ; une douleur appendiculaire et un abcès appendiculaire.

Appareil respiratoire. — Vingt-trois laryngites, une spléno-pneumonie avec épanchement, une broncho-pneumonie gangréneuse avec décès, deux pleurésies avec épanchement.

Appareil circulatoire. — Le collapsus cardiaque s'est produit à des degrés divers dans presque tous les cas avec décès. Il sera noté plus spécialement quand nous mentionnerons les décès avec leurs causes. Nous avons observé : une aortite avec insuffisance aortique au cours de la convalescence, une syncope mortelle. La phlébite fémorale s'est produite dans 26 cas.

Système nerveux. — Le délire s'est produit fréquemment, traduisant ordinairement les préoccupations du malade. Des auteurs ont qualifié ce délire de « délire guerrier ». Nous avons relevé une paralysie faciale sans otite à la convalescence avec guérison, une névrite de la jambe droite, une sciatique rebelle à la convalescence.

Organe des sens. — Treize otites suppurées.

Voies biliaires. — Un ictère et quatre cholecystites dont une avec tuméfaction nette de la vésicule.

Appareil urinaire. — Une albuminurie passagère, deux néphrites hémorragiques au cours de la maladie dont une suivie de mort, une cystite non consécutive au cathétérisme.

Glandes. — Douze orchites dont une double avec induration persistante avec résolution dans les autres cas, une parotidite, une parotidite suraiguë suppurée avec décès.

Système musculaire et peau. — Une myosite du

triceps fémoral, huit abcès multiples, dix érysipèles de la face dont deux suivis de mort, un urticaire, un purpura généralisé mortel, un purpura avec hématome intersticiel de la cuisse avec décès, deux ecchymoses de la face, un vaste ecchymose de la face, un hématome du grand droit.

En outre, 61 cas de diphtérie se sont produits chez ces typhiques d'une façon épidémique : dix pendant le cours de la maladie dont deux formes gangréneuses rapidement mortelles, six pendant le décours, et quarante-cinq pendant la convalescence, celles-ci fort bénignes. Tous ces cas se sont produits pendant l'épidémie de typhoïde de l'hiver 1914-1915, notamment en janvier-février 1915 qui comptent 57 cas. Cette complication, assez rare de la fièvre typhoïde, a été observée pendant le même moment dans d'autres formations de Nancy et dans d'autres régions. A partir de février, elle a cessé complètement.

Ces 661 cas de typhoïdes se classent en :

195 formes légères,
329 formes moyennes,
137 formes graves.

Les rechutes ont été notées dans 31 cas, dont 4 avec deux rechutes et 2 avec trois rechutes. Une seule rechute fut très grave.

La mortalité fut de 87 décès sur 661 cas, soit la proportion de 13,1 0/0.

Cas mortels. — Dans 45 cas, il s'agissait de formes ataxo-adiynamiques avec symptômes nerveux ou cardio-pulmonaires ; dans 10 cas de formes très sévères avec prédominance de symptômes nerveux,

raideur, tremblement, délire, phénomènes bulbaires, dans presque tous les cas, la mort arriva par collapsus cardiaque invincible.

Dans 13 cas, la mort fut rapide ou subite : douze fois au cours de l'évolution de formes nerveuses ou cardiaques, ou même de formes moyennes sans complication, une fois en pleine convalescence.

La mort survint par urémie dans 1 cas, au dix-huitième jour ; par broncho-pneumonie gangréneuse dans 1 cas ; par hémorragie intestinale dans 3 cas ; au milieu de symptômes abdominaux au cours de formes sévères en 4 cas ; par érysipèle dans 2 cas ; par diphtérie putride dans 2 cas de forme très sévère de fièvre typhoïde ; au cours d'un frisson violent au dixième jour de la maladie dans 2 cas par suite de cachexie au cinquantième jour.

Traitement employé. — Nous dirons seulement qu'il fut éclectique, et surtout symptomatique. La balnéation ne put être appliquée de façon systématique ; elle fut réservée à certains cas spéciaux où elle parut plus indiquée. Le traitement hygiénique et diététique se fit suivant les règles habituelles ; le traitement médicamenteux fut subordonné aux circonstances de chaque cas.

Embarras gastriques fébriles.

15 cas sérieux d'embarras gastriques fébriles à formes typhoïde, chez des malades ayant été vaccinés, ou l'hémoculture pratiquée une ou plusieurs fois

demeura négative. Dans ces cas, les symptômes et l'évolution ne furent pas sensiblement différents de ceux de la fièvre typhoïde. L'évolution fébrile dura de quinze à trente jours, la rate trois fois fut trouvée perceptible, les malades présentèrent de la diarrhée avec météorisme ; on a observé même, dans 2 cas, des taches rosées lenticulaires. Mais l'évolution, chez ces malades, ne présenta aucun incident, et nous n'avons relevé qu'une complication : otite suppurée.

Dans l'ancienne nomenclature, on n'eut pas hésité à ranger ces cas dans la fièvre typhoïde.

142 formes simples d'embarras gastriques fébriles.

— L'hémoculture, quand elle fut pratiquée, resta également négative. L'évolution fébrile fut, en général, assez courte, dépassant rarement une semaine. Dans ces formes, l'état saburral était prononcé, la constipation était fréquente ; nous n'avons pas noté de météorisme abdominal, ni de rate perceptible. Chez douze malades, l'embarras gastrique vint compliquer un état dyspeptique habituel.

La convalescence fut généralement rapide, mais quelquefois elle se compliqua d'état dyspeptique et de dépression des forces. Comme complications dignes d'être notées, nous relevons une fois de l'ictère catarrhal, une fois de l'urticaire, une fois un érythème rubéoliforme, une fois de l'albuminurie légère, deux fois de l'otite, six fois de l'angine ; l'herpès labial fut noté quatre fois.

49 cas d'embarras gastriques et courbatures où l'état saburral, l'anorexie s'accompagnait chez le malade de courbature générale accentuée. La fièvre était

légère, éphémère, et la guérison complète était rapide en quelques jours; sans qu'il y ait eu aucune complication.

88 cas de courbature fébrile. Fièvre des tranchées.

— Parmi ces cas, il en est qui rappellent la forme habituelle des courbatures avec douleur générale, fatigue, insomnie, douleurs dans le dos et les membres.

Mais trente environ de ces cas ont présenté un aspect particulier, douloureux, qui avait frappé M. le Professeur Haushalter avant qu'il n'ait eu connaissance du syndrome décrit par les Anglais sous le nom de *fièvre des tranchées*.

Ces formes observées surtout dans les premiers mois de 1916 se présentaient généralement avec un début brusque, les rechutes fébriles étaient fréquentes. Le malade ne présentait aucun symptôme gastro-intestinal, la céphalée était violente, mais surtout la courbature douloureuse se faisait remarquer par sa localisation le long du tibia, douleur parfois très vive, se reproduisant par crises, à heures fixées, souvent nocturnes, occasionnant de l'insomnie, le malade ne pouvant supporter le poids de ses couvertures.

Ces douleurs tenaces le long du tibia persistaient parfois assez longtemps après la chute de la température.

SEPTIEME PARTIE

Angines diphtériques et angines non diphtériques.

Angines diphtériques.

Nous envisagerons dans un premier paragraphe, la diphtérie primitive ; dans un deuxième, la diphtérie secondaire, et dans un troisième, les angines diverses, non diphtériques.

DIPHTÉRIE PRIMITIVE.

Villemin a reçu 127 cas de diphtérie, dont 86 pour l'année 1916, où elle sembla plus fréquente pendant les trois mois de mars, avril, mai, en fournissant 39 cas pour cette période. Tous ces cas ont été envoyés

d'endroits divers ; dans une région, cependant, elle a paru plus fréquente.

Le bacille diphtérique long fut trouvé le plus souvent, cinquante-neuf fois.

Le bacille moyen, quarante-cinq fois, et le bacille court, vingt-trois fois.

Le bacille fusiforme de Vincent est venu s'associer au bacille diphtérique dans 4 cas ; dans un seul, le malade fit une forme assez sérieuse avec albuminurie. Le streptocoque fut rencontré, associé, une fois, sans déterminer de gravité. Les cocci, sans importance, furent notés fréquemment.

Ces angines ont présenté l'aspect pseudo-membraneux habituel, d'une façon plus ou moins développée, parfois formant de gros placards. Dans 2 cas, elles se compliquèrent de phlegmon amygdalien ; dans 2 autres, d'aspect ulcéro-membraneux.

L'herpès labial a été noté quatre fois, dont deux fois dans des angines à bacille long.

Parmi les localisations de la diphtérie, outre la localisation pharyngée, nous relevons 2 cas de croup, dont une forme assez sérieuse, et l'autre toxique avec décès ; un cas de conjonctivite diphtérique, à forme catarrhale avec œdème des paupières ; dans ce cas, l'examen du prélèvement oculaire, indiqua le bacille moyen, tandis que le prélèvement pharyngé, resta négatif ; l'évolution fut sans gravité.

Nous avons noté du jetage nasal, ordinairement peu marqué, dans 8 cas, dont 2 dans des formes malignes.

La paralysie du voile du palais se produisit neuf fois. Nous avons relevé de la dysphonie dans 2 cas,

de l'aphonie dans 2 cas également, dans 5 cas du fourmillement des extrémités, dont deux avec parésie légère des membres inférieurs ; des troubles de l'accommodation chez cinq malades. Nous avons observé un cas de paralysie tardive et généralisée, qui s'est produite après deux mois et demi d'une diphtérie à bacille long, de forme moyenne, et qui évolua lentement vers la guérison.

La plupart de ces diphtéries ont évolué suivant la forme habituelle ; nous relevons 18 formes légères, 101 formes moyennes, sans incident ; 3 formes extensives assez sérieuses ; une forme assez grave avec une rechute au bout de trois semaines, et paralysie diffuse ; une forme toxique foudroyante ; dans un cas de croup, le malade mourut deux heures après son entrée à Villemin ; une forme maligne avec paralysie extensive généralisée cardio-pulmonaire suivie de décès à la suite d'une syncope, le dix-huitième jour.

La mortalité comprenant quatre décès est de 2,3 0/0.

Au point de vue de la virulence comparative du bacille long et du bacille moyen, nous avons observé que le bacille long a été trouvé dans les quatre formes malignes avec décès. Nous le trouvons également dans toutes les formes à symptômes accentués, sauf dans deux formes légèrement extensives, où le bacille moyen doit être incriminé. Quant au bacille court, il ne déterminait que des formes très bénignes.

Le sérum antidiphtérique fut injecté par doses de 20, 30 et 40 centimètres cubes, doses répétées plusieurs jours de suite, où deux fois par jour suivant le cas.

Le sérum montra surtout son efficacité quand il était injecté précocement.

Les accidents sériques se sont produits dans la moitié des cas environ ; deux malades, notamment, qui avaient reçu du sérum antitétanique, firent une éruption ortiée généralisée avec fièvre et douleurs rhumatoïdes vives. Un autre, entrant pour diphtérie grave qui avait reçu deux injections antitétaniques, un mois et demi auparavant, fit, malgré toutes les précautions prises, des accidents sériques violents : urticaire géant, vomissements persistant quelques jours, douleurs rhumatoïdes renouvelées, puis une poussée d'eczéma rebelle, à point de départ autour de la plaie qui dura plusieurs semaines avec prurit intolérable.

Mentionnons simplement dix angines à bacille pseudo-diphtérique. Elles furent pseudo-membraneuses dans quelques cas, mais toujours bénignes.

DIPH TÉRIES SECONDAIRES.

Au cours de l'épidémie de fièvre typhoïde qui se produisit pendant l'hiver 1914-1915, alors que Villamin abrita de nombreux typhiques (600 environ, durant cette période), il s'est présenté 61 cas de diphtérie secondaire à la dothiéntérie, donc 57 en janvier-février 1915. Ces cas se sont produits au cours et décours, ou à la convalescence de cette maladie.

Cette complication se montra à la même époque dans maintes formations sanitaires, dans des régions variées.

10 cas pendant le cours de la maladie. La plupart, soit 7, sont venus compliquer des formes graves ; dans 1 cas à forme intestinale, apparut à la période terminale des collapsus, une diphtérie oculaire, sauf dans 2 cas, où l'angine diphtérique prit l'aspect gangréneux et la forme toxique, et détermina la mort très rapidement ; l'évolution de la fièvre typhoïde ne parut pas influencée par cette complication.

6 cas, au décours de la maladie, dans des typhoïdes à forme moyenne. Il n'y eut pas d'incident à signaler.

45 cas, au cours de la convalescence ; dans ces très nombreux cas, la convalescence ne parut pas influencée.

Localement, l'angine diphtérique présenta tous les types, parfois l'exsudat fut très léger et éphémère.

Les complications notées ont été : trois abcès de l'amygdale, une albuminurie passagère, deux paralysies du voile du palais, deux fois de la tachycardie, et une fois de l'asthénie marquée.

Généralement, à part deux formes gangréneuses déjà citées, elle affecta une allure bénigne avec symptômes généraux très peu marqués.

Le bacille moyen fut trouvé le plus souvent, quarante fois sur soixante-et-une, le bacille long six fois, et le bacille court treize fois.

En outre de ces diphtéries secondaires à la fièvre typhoïde, nous avons noté 6 autres cas, 1 au cours de rougeole, et 5 à la convalescence d'oreillons. Dans ces 6 cas, la diphtérie évolua sans gravité.

Angines diverses, non diphtériques.

Villemin a reçu 288 cas d'angines diverses, non diphtériques.

Angines ulcéreuses de Vincent (à association fusospirillaire) : 35 cas typiques, les unes avec ulcérations superficielles, d'autres avec ulcérations tendant à creuser plus ou moins profondément les amygdales en fissures ou en godets ; ces cas ont évolué sans complications.

Le traitement consista en badigeonnages à la solution de nitrate d'argent ou au bleu de méthylène ; depuis quelques mois, un écouvillonnage au nitrate d'argent, suivi d'applications de la solution de bleu de méthylène, une ou deux fois par jour, suivant un procédé récemment indiqué, a paru produire de plus rapides effets. Généralement, la guérison dans l'angine de Vincent, fut obtenue assez rapidement ; dans quelques cas d'allure trainante, des applications locales de néo-salvarsan semblèrent hâter la guérison.

Angines et amygdalites simples : 88 cas, caractérisés par l'érythème douloureux du pharynx et une augmentation plus ou moins marquée des amygdales avec fièvre éphémère quoique élevée souvent au début.

Angines pultacées : 64 cas : 4 avec laryngite, 5 avec stomatite, 2 sont accompagnées d'otite. L'albugine a été notée une fois.

Angines herpétiques : 18 cas, la plupart s'accom-

pagnant d'herpès labial, certaines d'aspect quelque peu pseudo-membraneuse. La guérison fut rapide et sans complications.

Angines phlegmoneuses : 47 cas, dans lesquels, en général, l'issue du pus s'est faite spontanément le quatrième ou cinquième jour ; certaines ont présenté du trismus avec fièvre élevée et de l'abattement.

Phlegmon péri-amygdalien : 4 cas avec 2 cas d'irradiation douloureuse dans l'oreille et surdité. Ici les symptômes généraux ont été assez marqués. L'évolution, cependant, se fit sans incidents.

Enfin, un cas de *phlegmon rétro-amygdalien* où l'intervention chirurgicale fut pratiquée, a évolué avec empatement de la région latérale du cou, et une fièvre à caractère septicémique, qui dura quatre-vingts jours. Puis on nota, chez le malade, des symptômes de thrombose des sinus, agitation, délire, exophtalmie, de la contracture du bras gauche. Survint ensuite une phlébite de la jambe gauche. Puis contre toute attente, les symptômes céphaliques qui avaient duré plus de deux mois s'amendèrent considérablement, et on pouvait espérer une guérison relative, quand le malade mourut subitement, après avoir présenté des symptômes d'hémiplégie.

HUITIEME PARTIE

Dysenterie.

Pendant l'année 1916 et les deux premiers mois de 1917, ont été traités à Villemin 40 cas de dysenterie, répartis en : 35 cas de dysenterie amibienne et 5 cas de dysenterie bacillaire.

Tous ces cas provenaient de formations diverses ; mais il est intéressant de faire remarquer que 11 cas appartenaient à des régiments de zouaves, tirailleurs, légion étrangère et régiments dits mixtes. En plus, d'autres malades avaient été en contact plus ou moins prolongé avec des coloniaux au cours de la campagne. Au reste, la tranchée est propice à ce genre de contamination.

Nous avons retrouvé chez cinq malades des antécédents coloniaux : deux malades ont eu du paludisme, dix-huit ont présenté antérieurement de la

dysenterie, de la diarrhée ; trois dysentériques ont contracté leur maladie à Salonique. L'un de nos malades avait contracté sa dysenterie étant en permission à Libourne, en août 1916, où, d'après lui, régnait dans la population une véritable épidémie de diarrhée.

Dysenterie amibienne. — Au point de vue symptomatologique, les malades se plaignaient de douleurs abdominales, coliques, ténésme ; la fréquence des selles était variable, les selles étaient ordinairement muqueuses, glaireuses, sanguinolentes ou pâteuses. L'état général restait habituellement assez bon, sauf dans les cas prolongés.

L'examen des selles était fait à Nancy même, le plus tôt possible après expulsion, car on connaît la courte vitalité de l'amibe. Parfois, cet examen fut fait sur place même. Dans 13 cas, on constata des formes de résistance des kystes.

Nous avons eu l'occasion d'enregistrer des complications chez cinq de nos malades. L'un accusa des douleurs à la région appendiculaire, sans réactions nettes.

Un autre fit une congestion rénale avec des hématuries assez abondantes qui ne persistèrent pas.

Nous avons observé, en outre, un cas de cystite avec urines purulentes et allure traînante, sans gonococcie antérieure.

Deux malades ont présenté des douleurs dans la région hépatique.

Enfin, nous avons enregistré chez un dysentérique, la complication par excellence de la dysenterie ami-

bienne, l'abcès du foie. Chez ce malade, qui présentait avec des selles d'apparence normale une fièvre rémittente, une grande pâleur, un foie volumineux, la présence de pus dans les selles apparue brusquement, permit de décèler dans ce pus les amibes ; étant donné l'état général du malade, l'intervention fut jugée inutile par le chirurgien ; la mort survint rapidement.

Au point de vue pronostic, ces cas de dysenterie affectèrent généralement une allure assez traînante, les malades restèrent hospitalisés souvent pendant des mois. L'un d'eux hospitalisé une deuxième fois à Villemin a présenté alors une diarrhée chronique incoercible, sans qu'on trouvât d'amibes dans les selles.

Sur nos 35 cas d'amibiase, nous eûmes un décès par abcès du foie.

Le *traitement* employé fut le chlorhydrate d'émétine à la dose journalière de 0,04 ou 0,08 centigrammes, selon les cas, pendant six ou sept jours, et cela plusieurs séries de fois selon l'état du malade. L'efficacité de ce traitement parut surtout nette dans les cas récents. Le régime institué fut sévère. Comme traitement local, des lavements de solution de permanganate ou de nitrate d'argent furent administrés dans certains cas. Dans un cas de dysenterie rebelle, où de nombreuses séries d'injections d'émétine n'avaient pu débarrasser le malade des amibes, plusieurs injections de néo-salvarsan n'eurent pas un effet plus heureux.

Dysenterie bacillaire. — Nous avons observé seulement 5 cas de dysenterie avec bacille de Flexner. Ces

malades ont présenté les symptômes habituels : douleurs abdominales, coliques, épreintes, ténesme. Le traitement fut le sérum antidysentérique.

Nous notons que dans 3 cas, nous avons eu *une forme mixte* avec association d'amibes et de bacilles de Flexner.

Diarrhées dysentériques. — Nous en avons relevé 19 cas, dans lesquels ne furent décelés ni amibes ni bacilles dysentériques ; l'évolution fut souvent traînante.

Diarrhée cholériforme. — 11 cas avec hypothermie, crampes dans les mollets, voix cassée, vomissements, algidité. L'examen bactériologique des selles n'a rien décelé. La plupart, après trois ou quatre jours d'état assez inquiétant, s'acheminèrent sans incidents vers la guérison. Nous eûmes à déplorer un décès.

Diarrhées simples. — 31 cas à évolution rapide vers la guérison et 2 cas chroniques.

NEUVIEME PARTIE

Tuberculose pulmonaire ouverte.

Villemin ne reçoit ces malades que depuis mai 1916. Depuis ce moment, c'est-à-dire pendant la période d'une année, il est passé dans cet hôpital 285 tuberculeux ouverts. L'hôpital est dans des conditions parfaites pour recevoir ces malades, puisque telle doit être sa destination ; il a été conçu, à ce point de vue, suivant un plan idéal.

Actuellement, les tuberculeux occupent un rez-de-chaussée ouvrant sur un jardin, avec salles nombreuses, claires, bien aérées, grand réfectoire, salle de jour lumineuse, ensoleillée, avec chaises longues, fauteuils en rotin, jeux divers.

Les malades atteints de formes considérées comme

curables, ont été dirigés sur des stations sanitaires spéciales. La grande majorité a été évacuée sur l'intérieur.

Sur ces 285 cas, il s'est produit à Villemin, 35 décès.

CONCLUSIONS

Pendant la période qui nous occupe, c'est-à-dire d'août 1914 à avril 1917, l'Hôpital Villemin a reçu 3.073 malades. La proportion des décès est de 5 0/0.

Au cours de cette longue et terrible guerre, on a pu craindre soit l'éclosion de maladies contagieuses nouvelles ou rares, soit l'extension ou l'augmentation de celles déjà connues. Cela ne s'est pas produit.

Si à Villemin même, les maladies contagieuses n'ont pas montré la gravité qu'on aurait pu redouter, cela est dû, pour une bonne part, à l'installation de ce magnifique hôpital : bien aéré, bien éclairé, pourvu de tous les perfectionnements modernes : chauffage central, lavabos, salles de bains, réfectoires et salle de jour à chaque étage, partagé en nombreuses chambres permettant facilement l'isolement où la mise en observation des malades suspects ; cet hôpital

remplit admirablement son rôle d'hôpital de contagieux.

Nous ne pouvons que nous réjouir de cette constatation, pour la santé de nos chers soldats.

Vu :

Nancy, le 9 mai 1917.

Le Président de la thèse,

HAUSHALTER.

Vu :

Nancy, le 9 mai 1917.

Le Doyen,

E. MEYER.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 10 mai 1917.

Le Recteur de l'Académie,

CH. ADAM.

Membre de l'Institut.

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS.....	5
PREMIÈRE PARTIE. — Tétanos (1).....	8
PREMIER GROUPE. — Tétanos suivis de décès.....	10
DEUXIÈME GROUPE. — Tétanos suivis de guérison.....	11
DEUXIÈME PARTIE. — Fièvres éruptives.....	14
Scarlatine.....	14
Rougeole.....	17
Rubéole.....	20
Varicelle.....	20
TROISIÈME PARTIE. — Méningites cérébro-spinales épidémiques.....	22
Méningites cérébro-spinales à méningocoques.....	22
Méningites cérébro-spinales non à méningocoques.....	28
Etats méningés.....	28
QUATRIÈME PARTIE. — Erysipèles.....	30
Erysipèles vrais.....	30
Erythèmes d'origine douteuse envoyés comme érysipèles.....	33
Affections diverses envoyées en observation d'érysipèles.....	33
CINQUIÈME PARTIE. — Oreillons.....	34
Oreillons nets.....	34
Coqueluche.....	37
SIXIÈME PARTIE. — Fièvre typhoïde.....	38
Embarras gastriques fébriles.....	43
SEPTIÈME PARTIE. — Angines diphthériques et angines non diphthériques.....	46
Angines diphthériques.....	46
Diphthérie primitive.....	46
Diphthéries secondaires.....	49
Angines diverses, non diphthériques.....	51
HUITIÈME PARTIE. — Dysenterie.....	53
NEUVIÈME PARTIE. — Tuberculose pulmonaire ouverte.....	57
CONCLUSIONS.....	59

